

КЛАСИФІКАЦІЯ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Яценко І.В., Аветіков Д.С.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава

Мілкий присінок порожнини рота, за даними А.И. Грудянова (1997), є поширеною анатомо-функціональною патологією і зустрічається у близько 25% дорослого населення. Ця аномалія призводить до порушення кровообігу на локалізованій ділянці, сприяє розвитку пародонтальних і кісткових кишень, оголенню коренів зубів, а також може бути перешкодою до знімного протезування. Усувають вказану патологію хірургічним шляхом - вестибулопластикой.

У стоматологічній літературі описані досить багато методик вестибулопластики, запропоновані класифікації цих операцій, проте нині не існує єдиної класифікації оперативних втручань, спрямованих на зміну глибини присінка порожнини рота.

Більшість авторів розділяють вестибулопластику на методики з відкритою раневою поверхнею (Clark, Corn, Rosenberg) і методики, що передбачають закриття операційних ран на альвеолярному відростку і губі (Артюшкевич).

Braun, Sponholz (1977) побудували свою класифікацію оперативних методик поглиблення присінка порожнини рота, виходячи з післяопераційного стану рани. Ними також виділені «відкриті» методики з утворенням відкритої раневої поверхні і «закриті», передбачаючі закриття ран на альвеолярному відростку і губі. При цьому, операції, віднесені авторами до першої групи, розділені на дві підгрупи залежно від оперативної тактики по відношенню до прикріплених ясен зі збереженням і без збереження їх. Методики вестибулопластики зі збереженням прикріплених

ясен передбачають формування клаптя тканин, який може мати живлячу ніжку на альвеолярному відростку або губі.

До другої групи віднесені операції типу «тунеля», а також втручання, при яких виникаючу раневу поверхню закривають вільними трансплантатами.

По методиках закриття маргінальної частини пародонту Nicolos (1970) відомі способи поглиблення передня порожнини рота систематизував в 4 групи.

До першої групи віднесені операції, що дозволяють після поглиблення присінка закривати голу кісткову поверхню клаптем слизової оболонки.

Другу групу склали операції, при яких кісткова поверхня альвеолярного відростка залишається відкритою для епітелізації.

До третьої групи віднесені операції, при яких кісткова поверхня залишається закритим тільки окістям.

У четверту групу включені операції «змішаної техніки».

Арсенова І.А. і співавт. (2003) розробили класифікацію, що об'єднує відомі методи вестибулопластик. Автори окремо виділяють операції в області верхньої і нижньої щелеп:

З вторинною епітелізацією раневих поверхонь (з розтином слизової оболонки і з розтином слизової оболонки та окістя);

Субмукозні операції;

Операції з вільною пересадкою мукозного трансплантата;

Операції з вільною пересадкою дермального трансплантата.

З виділенням і транспозицією підборіддного нерва;

З резекцією горбків підборіддя і транспозицією язиково-підборіддного і підборідно-під'язикового м'язів.

Нами запропонована класифікація відомих методів вестибулопластик, що дозволяє вибрати оптимальний вид цього хірургічного втручання.

Класифікація вестибулопластичних операцій

1. Операції, що виконуються:

- на верхній щелепі;
- на нижній щелепі;
- на обох щелепах.

2. Операції з відкритою раневою поверхнею (за Карапран, Кларком, Эдланом-Мейхером, Розенбергом, Виноградовою, Корном, Безруковою, Івановим-Почиваловим, Глікманом, Казаньяном, Шмідтом) :

- з розтином слизової оболонки;
- з розтином слизової оболонки та окістя.

3. Субмукозні операції (за Лімбергом, Кручинським - Артюшкевичем, Обведжезером, Грудяновим - Єрохіним, Арсеновою-Чуплинською) :

- пластика осьовими клаптями на ніжці;
- тунельна пластика.

4. Операції з вільною пересадкою трансплантата (за Лук'яненком і співавт., Трофімовим) :

- мукозного;
- дермального;
- біологічних тканин (очеревини, перикарду, мозкової оболонки і ін.)